

**Eastern Idaho Public Health (EIPH) Vaccine Administration Record (VAR)**  
**Consentimiento informado de vacunación – Hora de su cita: \_\_\_\_\_**

Nombre:		Apellido(s):	
Fecha de nacimiento:	Edad:	masculino	feminina
# de Seguro Social:	Número de teléfono:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
¿Tiene seguro médico? Si <b>“NO” deténgase aquí. Si tiene, provee su información abajo. (# de Medicare Rojo, Blanco, y Azul)</b>			
Compañía de Seguro: _____		Número de grupo: _____	
Número de póliza (ID): _____			
Nombre del asegurado: _____		Fecha de nacimiento del asegurado: _____	

**SECCION A**

Al firmar abajo, doy/damos consentimiento para facturación a terceros, si se aplique, y cualquier balance que queda será renunciado.

**TRATAMIENTO**

El cuidado de salud en EIPH puede ser proporcionado por una partera certificada, médico, asistente médico, enfermera, enfermera especializada u otro profesional calificado. También entiendo/entendemos que tengo/tenemos el derecho de recibir respuestas a cualquier pregunta.

**Inmunizaciones**

- Entiendo/Entendemos que las vacunas no son obligatorias y puedo rechazarlas por motivos religiosos o por otro motivo sin exponerse a represalias. Entiendo/Entendemos que la información sobre la vacunación está disponible para mí/nosotros en EIPH. Entiendo/Entendemos los beneficios y riesgos de la vacunación y pido/pedimos que la vacuna se dé a mí o a la persona para quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Entiendo/Entendemos que la participación y la retirada del registro de vacunación es voluntaria. Si usted no desea participar en o desea retirarse del registro de inmunización de Idaho (IRIS), llame al Programa de Inmunización al 208.334.5931.
- **Entiendo/Entendemos que se recomienda sentarme/nos en la sala cerca del área de vacunación por 15 a 30 minutos antes de salir del edificio.**
- Autorizo/Autorizamos la divulgación de mis/nuestros registros de la vacuna contra COVID-19 a clínicas, oficinas médicas, empleadores, guarderías y escuelas. Mis/Nuestros derechos de autorización me/nos están disponibles en las Prácticas de Privacidad de EIPH.
- Entiendo/Entendemos que no es posible predecir los afectos secundarios o complicaciones al recibir esta vacuna.
- Me/Nos han ofrecido una copia del formulario de Autorización de Uso de Emergencia para la vacuna contra COVID-19 o la he/hemos revisado en: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/index.html>.
- He/Hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender completamente los beneficios y los riesgos de la vacuna. Si tengo/tenemos preguntas adicionales antes de vacunación, llamaré al 208-533-3226.
- Yo/Nosotros consiento/consentimos a recibir la vacuna contra COVID-19 basado en las recomendaciones actuales del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) [Comité de Consejo sobre Prácticas de Inmunización].

**HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)/ PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

EIPH está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica. Su información se utiliza para el propósito de tratamiento, de pago, y para las operaciones de EIPH. Usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad de EIPH en cualquier momento. Las personas que pagan en totalidad y de su bolsillo para un artículo o servicio, podrán solicitar que su información de salud protegida no sea compartida con su seguro médico o plan de salud. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a:

Oficial de Privacidad: Eastern Idaho Public 1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401

**POR FAVOR LLENE LA PARTE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO**

Al firmar abajo, confirmo que:

- He/Hemos leído y comprendido la información arriba;
- Se me/nos ha ofrecido una copia de las Prácticas de Privacidad de EIPH;
- Se me/nos ha ofrecido la Autorización de Uso de Emergencia para la vacuna contra COVID-19.

Nombre del cliente/receptor/guardián

Firma del cliente/receptor/guardián

Fecha

## SECCION B

### Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de una vacuna contra el COVID-19? • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____ • ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____ • ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? (Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido usted un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente: (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias). • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: ○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia ○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 39 años. <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner). <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés).			

Screening Reviewed and Education Provided by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>EIPH Office:</b> 1250 Hollipark Drive Idaho Falls, ID 83401 (208)533-3235		<b>Admin Codes:</b> Moderna 1 <sup>st</sup> Dose 0011A 2 <sup>nd</sup> Dose 0012A 3 <sup>rd</sup> Dose 0013A Booster 0064A	<b>Admin Codes:</b> Pfizer 1 <sup>st</sup> Dose 0051A 2 <sup>nd</sup> Dose 0052A 3 <sup>rd</sup> Dose 0053A Booster 0054A	<b>Admin Codes:</b> Pfizer 5-11 years 1 <sup>st</sup> Dose 0071A 2 <sup>nd</sup> Dose 0072A 3 <sup>rd</sup> Dose 0073A	<b>Admin Codes:</b> Janssen 1 <sup>st</sup> dose 0031A 2 <sup>nd</sup> dose 0034A	
Vaccine		Lot Number	Provider Name and Title	Site	Route	Dose
91301	Moderna CVX 207			Left or Right Deltoid	IM	0.5 ml
91306	Moderna <b>(BOOSTER)</b> CVX 207			Left or Right Deltoid	IM	0.25 ml
91305	Pfizer CVX 217			Left or Right Deltoid	IM	0.3 ml
91307	5-11 Year old PFIZER CVX 218			Left or Right Deltoid	IM	0.2 ml
91303	Janssen (J&J) CVX 212			Left or Right Deltoid	IM	0.5ml

Demographics	Super Billed	Checked Out / Insurance	Scanned
--------------	--------------	-------------------------	---------